

et la paroi de la poitrine, si la pression de l'air extérieur sur les parois flexibles de celle-ci ne les repoussait pas en dedans pour combler l'espace, où tend à se produire le vide.

Cette dépression se faisant plus facilement là où la résistance est la moindre, c'est-à-dire vers les cartilages costaux, produit l'aplatissement latéral bien connu du thorax, et la proéminence du sternum. Le petit garçon dont le cas nécessita, comme je l'ai dit, l'opération de la trachéotomie, fournissait un exemple frappant de l'explication que je viens de donner. « A son entrée à l'hôpital, dit M. Shaw, et pendant plusieurs semaines après, on remarqua qu'il avait la poitrine de pigeon (*pigeon-breast*); mais après que les amygdales eurent été excisées et que, pendant quelque temps, sa respiration eut été bien libre, le sternum revint à son niveau normal, et le thorax reprit sa forme naturelle. »

Donc, bien qu'à première vue, l'hypertrophie des amygdales puisse paraître une affection sans importance, elle mérite pourtant que vous ne la négligiez en aucune façon. Un enfant faible, dont les amygdales sont un peu grosses, verra cette indisposition disparaître en prenant de la force et de la santé; ou bien la puberté la fera complètement cesser. Cependant, tout refroidissement peut être suivi de l'augmentation, ou de la reproduction de cette hypertrophie; et, bien que celle-ci puisse être enrayée par l'application sur les amygdales de poudre d'alun, une ou deux fois par jour, ou en les touchant tous les jours, ou tous les deux jours, avec le crayon de nitrate d'argent, il y a pourtant plus de chances de voir le mal augmenter que diminuer. Jamais, quand l'hypertrophie des amygdales était considérable, ou de longue date, je n'ai vu ces moyens, non plus que l'application de la teinture d'iode sur la gorge, au-dessous de l'angle de la mâchoire, être d'une grande utilité, et dans tous ces cas, l'excision a été le seul remède. Depuis qu'on peut administrer le chloroforme pour cette opération, aussi bien que pour toute autre, à la condition de tenir la bouche ouverte par un bâillon comme celui inventé par M. F. Smith, pour les opérations contre les divisions du palais, il n'est plus nécessaire d'attendre que l'enfant soit assez grand pour se prêter à l'opération. Il y a une circonstance qui, indépendamment de toute autre raison, me porterait toujours à conseiller l'excision immédiate des amygdales hypertrophiées, c'est l'existence d'une toux constante, ou fréquente, ou la présence de tout autre symptôme portant à soupçonner la tuberculose pulmonaire. Non seulement les amygdales hypertrophiées s'opposent à la libre entrée de l'air dans les poumons, mais elles entretiennent une irritation constante des voies aériennes, état très peu propre à arrêter le développement d'une maladie tuberculeuse de la poitrine. J'ai vu des symptômes très menaçants disparaître rapidement après leur ablation. Si, après que les amygdales ont été enlevées, la poitrine est longtemps à reprendre sa forme naturelle, l'em-

ploi des cloches pneumatiques et la pratique des exercices gymnastiques faits avec soin sont souvent très utiles. Dupuytren recommandait de faire tenir l'enfant droit contre un mur, et alors, en plaçant la main sur la partie la plus proéminente du sternum, de presser dessus avec force à chaque effort expiratoire, suspendant la pression pendant l'inspiration, de façon à ce que l'enfant puisse remplir sa poitrine aussi complètement que possible. J'ai trouvé que cette pratique, malgré sa rudesse apparente, était extrêmement utile, comme moyen adjuvant, pour faire disparaître la difformité de la poitrine (dite poitrine de poulet ou de pigeon).

Abcès rétro-pharyngiens. — En 1840, le D^r Fleming, de Dublin (1), appela l'attention sur la production possible d'abcès derrière le pharynx (rétro-pharyngiens), qui, comprimant en avant la trachée, produisent une dyspnée intense, et quelquefois la suffocation. Des cas isolés de cette affection s'étaient, il est vrai, offerts à l'observation d'autres praticiens, mais aucun, à l'exception du D^r Abercrombie (2), n'en avait fait l'objet d'une étude spéciale; tandis qu'au D^r Fleming appartient incontestablement le mérite d'avoir tracé les règles de son diagnostic, et les indications précises de son traitement. Depuis la publication de Fleming, on a rapporté beaucoup d'autres exemples de cette affection, particulièrement M. Mondière (3) et M. Duparcque (4) qui a indiqué certaines différences entre les cas où le pus s'accumule derrière le pharynx, et d'autres où sa collection se fait plus bas, derrière l'œsophage; et par le D^r Allin (5), médecin américain, qui, dans une publication très remarquable, a réuni 58 cas de cette affection. Aucune forme de cette maladie n'est exclusivement propre aux premiers temps de la vie; mais elle est assez fréquente dans l'enfance pour mériter d'être signalée dans des leçons sur les maladies de cet âge (6).

(1) *Dublin Journal of medical science*, vol. XVII, p. 41.

(2) *Edinburg medical and surgical Journal*, vol. XV, p. 260.

(3) *L'Expérience*, 20 et 27 janvier et 4 février 1842.

(4) *Annales d'Obstétrique*, déc. 1842, p. 242.

(5) *New York Journal of medicine*, vol. VII, nov. 1851, p. 307.

(6) M. Mondière rapporte que 11 malades sur les 19 dont il a réuni l'histoire, n'étaient pas arrivés à l'âge adulte, et que 7 avaient de 11 semaines à quatre ans 1/2; M. Duparcque dit que, dans 10 des cas qu'il cite, l'âge du malade était inférieur à 4 ans 1/2; malheureusement les citations de M. Mondière sont très incomplètes, et M. Duparcque n'en donne pas du tout. Sous ce rapport, le travail du D^r Allin ne laisse rien à désirer. Dans tous les cas où l'âge n'est pas mentionné expressément dans ses tables, il résulte du texte, que le malade avait atteint l'âge adulte, ou au moins avait passé la période de la puberté. Si aux 58 cas qu'il cite, on en ajoute 11 provenant d'autres sources, on obtient les résultats suivants :

Au-dessous de six mois	5
Entre six mois et un an	8
A reporter	13

On a rapporté très peu d'observations de la formation d'abcès rétro-pharyngiens due à une lésion traumatique, ou de leur production consécutive à une maladie des vertèbres cervicales, comme j'en ai observé un exemple. Laissant donc ces cas exceptionnels de côté, on peut considérer l'affection comme se produisant à la suite d'une fièvre, ou comme maladie idiopathique, dernière condition bien plus fréquente que la première. Dans l'un et l'autre cas, les symptômes caractéristiques de son existence sont : la difficulté pour avaler et pour respirer ; il se produit aussi fréquemment, pendant la respiration, un bruit particulier qui n'est pas strident comme la respiration croupale, ni retentissant comme la toux du croup. Ces symptômes s'aggravent dans la position horizontale, et toute tentative de l'enfant pour y rester est suivie d'une menace de suffocation ; à côté de cela, la maladie continue, souvent pendant plusieurs jours, à présenter une gravité persistante mais sans produire la mort, et offre sous ce rapport une différence très marquée avec la marche que suit le croup. En outre, il existe, dans certains cas, une raideur remarquable du cou, avec rétraction et immobilité de la tête ; en même temps, bien que les glandes ne soient pas hypertrophiées, il y a souvent un gonflement des parties latérales du cou, souvent plus apparent d'un côté que de l'autre. Si dans ces conditions on porte le doigt derrière la base de la langue, dans le pharynx, on constatera l'existence d'un gonflement résistant, un peu élastique, oblitérant plus ou moins complètement le canal du pharynx, et se projetant en avant au-dessus de l'orifice du larynx, de façon à mettre obstacle à l'entrée de l'air dans les poumons. Quelquefois, en faisant ouvrir la bouche, et abaissant la base de la langue, on peut voir distinctement la tuméfaction sur la ligne médiane, ou à peu près, repoussant en avant le voile du palais, et empiétant manifestement sur l'ouverture des voies aériennes ; mais, quelquefois la tumeur est située trop bas pour être accessible à la vue,

	Report.	13
D'un an à deux		3
De deux à trois.		2
De trois à cinq.		7
De cinq à dix.		1
De dix à quinze		2
Au-dessus de quinze ans.		41
		69

Sur les 11 cas ajoutés, 4, chez l'adulte, sont rapportés par M. Mondière dans l'*Expérience* ; 2, chez l'enfant, par le Dr Abercrombie dans le *Edinburg medical Journal* ; 1, chez un petit enfant, par le Dr Nolt, dans le *Deutsche Klinik* ; les quatre autres sont ceux que j'ai observés personnellement. A tous ces travaux, il faut ajouter la laborieuse compilation de M. Gautier (*Des abcès rétro-pharyngiens*, in-8°, Genève et Bâle), fondée sur 97 observations empruntées à différentes sources, et deux originales. Je ne sache pas, toutefois, que cet ouvrage contienne aucune modification importante, théorique ou pratique.

pendant que dans d'autres cas il est impossible d'ouvrir assez largement la bouche pour qu'on puisse voir la partie postérieure du pharynx ; et le doigt seul peut alors faire découvrir la tumeur.

J'ai observé quatre cas de cette affection, dont les deux étaient idiopathiques, et les deux autres consécutifs à une maladie des vertèbres cervicales. Le premier malade était une petite fille idiote, de 5 ans $\frac{1}{2}$, qui fut atteinte, le 24 janvier, d'une scarlatine bénigne. Pendant la durée de la fièvre, il ne se montra aucun symptôme digne de remarque, mais, au déclin de la maladie, l'enfant se plaignit beaucoup de la bouche, y portait souvent la main, et refusait toute nourriture autre que liquide, à cause de la douleur ; mais en regardant dans la gorge on n'apercevait ni gonflement, ni rougeur.

Vers le 7 février, on aperçut du gonflement vers chaque angle de la mâchoire inférieure, un peu au-dessous de la parotide ; le gonflement du côté gauche céda à l'application de quelques sangsues, mais celui de droite augmenta, et en même temps la difficulté pour avaler devint plus pénible. Le 13 février, la dysphagie s'était beaucoup accrue ; l'enfant ne pouvait plus avaler que par gorgées, et à chaque effort, la respiration devenait des plus difficiles ; dans d'autres moments, elle restait étendue, à demi consciente, avec une respiration laborieuse, et un peu d'écume à la bouche. Le 16, l'enfant était encore plus mal ; la respiration était très difficile, bien qu'il n'y eût pas ces violents efforts d'inspiration qui caractérisent la lutte que l'on observe si souvent dans le croup ; une matière sale, puriforme, rendue mousseuse par le passage de l'air, s'accumulait à l'entrée de la bouche comme une sorte de bave, et les efforts pour déglutir étouffaient presque la malade ; pourtant il n'y avait pas de gonflement des amygdales, et celui des parties latérales du cou était si dur que je ne pensai pas qu'il y eût du pus près de la surface en aucun point.

Le lendemain l'enfant mourut, autant, suivant toute apparence, par épuisement que par asphyxie, attendu qu'il avait été impossible, pendant quelques jours, de lui donner autre chose qu'une très petite quantité d'aliments.

Aussitôt après avoir divisé l'aponévrose cervicale du côté droit, il s'écoula une quantité de pus épais, jaune, de bonne nature. Ce pus avait cheminé près de l'œsophage jusqu'à un pouce environ de la clavicule, et, aussi, suivant une direction oblique derrière l'œsophage vers le côté gauche, détruisant tout le tissu cellulaire à la droite du canal œsophagien ; le pus s'étendait en haut jusqu'à la base du crâne derrière l'œsophage et le pharynx, qui ne tenaient plus que par quelques filaments de tissu cellulaire baignant dans la matière purulente. Les amygdales n'étaient pas gonflées, la glotte n'était ni rouge, ni gonflée, mais tout à fait naturelle.

Dans l'autre cas, la maladie était idiopathique, et le malade un petit garçon de huit mois seulement. Il devint triste, languissant, et paraissait avoir dans le nez une obstruction qui rendait la respiration difficile. Après un mois de durée de ces symptômes vagues, l'enfant commença à avaler avec difficulté, et quelquefois la déglutition était complètement impossible, pendant que la respiration, habituellement difficile, le devenait surtout pendant le sommeil. Pendant cinq semaines, on le traita par les apéritifs et les applications froides, pour une affection supposée de la tête, etc., et pendant quatre autres semaines, l'intensité des symptômes ayant augmenté, un autre praticien traita ce cas pour une bronchite.

Six semaines après le début de la maladie, l'enfant me fut présenté. Il était endormi dans les bras de sa mère, la tête un peu rejetée en arrière, la face très pâle et un peu bouffie, la bouche largement ouverte et la langue tournée vers la voûte palatine. La respiration était laborieuse et s'accompagnait constamment d'un très fort gloussement qui n'avait aucune ressemblance avec la respiration stridente du croup. Ce bruit était plus intense, et la respiration plus difficile, pendant le sommeil que pendant la veille, bien qu'il fût très marqué pendant celle-ci. L'air ne pénétrait qu'incomplètement dans les poumons, surtout dans le gauche.

L'enfant tétait passablement bien, quittant souvent le sein pour respirer, mais parvenant à avaler, et ne rejetant le lait ni par le nez ni par la bouche.

En portant mon doigt au fond de la gorge, je sentis un corps dur à la base de la langue, lequel semblait occuper tout le pharynx, et en déprimant la langue, je vis cette cavité occupée en entier par une masse qui repoussait en avant la luette et le voile du palais. La couleur de cette tumeur était rouge, mais avec deux ou trois points jaunes à sa surface, dus, suivant toute apparence, à ce qu'une couche très mince de tissu laissait voir le pus. Avec la pointe d'un bistouri dont la lame fut recouverte en partie avec du diachylum, je ponctionnai cette tumeur d'où s'échappa environ une once de pus jaune, après quoi elle s'affaissa immédiatement.

L'air pénétra dès lors librement dans la poitrine, l'enfant téta avec facilité, et s'endormit bientôt avec une respiration calme. Le soir même, sa respiration devenant de nouveau moins facile, sa mère porta le doigt dans la gorge et pressa, comme on lui avait montré à le faire, sur les parois de l'abcès, d'où s'écoula un peu de pus, au soulagement immédiat de l'enfant. Le lendemain de la ponction, le gonflement avait à peu près le volume d'une noisette, et était situé entièrement à gauche de la ligne médiane.

Il était dur au toucher, mais on pouvait par la pression en faire sortir

un peu de pus; et il continua d'en être ainsi pendant environ trois jours. Le gonflement lui-même ne disparut complètement qu'après environ trois semaines, sans toutefois donner lieu à aucun symptôme, et l'enfant, dans la suite, continua à jouir d'une très bonne santé.

Dans un des deux cas d'abcès consécutifs à une affection des vertèbres, on ne soupçonna pas la présence de l'abcès pendant la vie, et on le découvrit, seulement à l'autopsie, au-devant de la portion cervicale de la colonne vertébrale; il s'étendait depuis l'apophyse odontoïde dénudée jusqu'au sommet du poumon. Dans l'autre, le jeune garçon, âgé de 3 ans et demi, ayant une carie vertébrale avec déformation de l'épine, fut admis à l'hôpital en raison d'une dyspnée assez intense pour soulever la question de la trachéotomie immédiate. Heureusement on découvrit l'abcès faisant saillie à la partie postérieure du pharynx, et son ouverture donna issue à environ 120 grammes de pus. La dyspnée cessa aussitôt et la maladie des os suivit sa marche lente pendant le mois que l'enfant passa dans l'établissement.

Bien que, dans le premier cas, la maladie n'ait été reconnue qu'après la mort, elle n'en avait pas moins pendant la vie présenté manifestement les symptômes caractéristiques d'un abcès rétro-pharyngien. C'est aussi ce qui a lieu, je crois, dans la grande majorité des cas, bien que de temps à autre il survienne des circonstances qui rendent le diagnostic plus obscur. D'abord, les symptômes de la période de début ne paraissent pas être toujours identiques, la fièvre et les troubles cérébraux dominant dans quelques cas, et dans d'autres la dyspnée, de sorte qu'on s'endort sans se douter de la nature de la maladie, et qu'on n'attache pas à la dyspnée et à la dysphagie, même quand elles sont devenues manifestes, l'importance qu'elles méritent.

De plus, la durée des premiers symptômes est très variable, et si quelquefois la maladie suit une marche chronique, dans d'autres cas elle atteint un degré extrême d'intensité en deux ou trois jours, ou même moins; et elle enlève l'enfant dans cette période, par la violence des troubles cérébraux qui se développent. Et ce n'est pas tout, la dysphagie, sur laquelle on insiste généralement comme un symptôme pathognomonique de l'affection, quelquefois n'a rien de remarquable; de temps à autre, même, comme dans un des cas relatés par le D^r Abercrombie, et dans celui rapporté avec détails par le D^r Peacock, elle manquait complètement.

Dans le dernier cas, également, en raison de la forme de l'abcès, on ne découvrit aucune tumeur à l'examen de la gorge, et le doigt même n'en constata pas la présence. C'est toutefois là une circonstance tout à fait exceptionnelle.

M. Duparcque cite les symptômes suivants comme propres aux cas où l'abcès s'est développé derrière l'œsophage : 1^o douleur intense

produite, même par une pression légère, sur le larynx et la partie supérieure de la trachée; 2° cette pression produit l'arrêt complet de l'entrée de l'air; 3° le larynx est porté en avant et à droite. Je ne puis, d'après mon expérience personnelle, rien dire de la valeur de ces symptômes, qui sont tels qu'on eût dû s'attendre à les trouver, l'abcès étant situé plus bas que le pharynx.

D'après le peu de certitude des signes de la *première période*, il n'est pas possible de dire quel genre de traitement lui convient. Dans quelques cas, comme dans celui d'un enfant d'un mois rapporté par Fleming, on ne reconnaît probablement pas du tout l'affection qui se termine par la sortie spontanée du pus par les narines, avant que les symptômes, plus redoutables, de la dyspnée et de la dysphagie, se soient manifestés.

Dans les périodes subséquentes, alors que la nature du mal est devenue évidente, l'indication est très simple, et son exécution le plus souvent ne présente que peu de difficultés. Il faut ponctionner l'abcès, et avec la sortie du pus, tous les symptômes formidables disparaissent aussitôt.

Un bistouri à lame étroite, qu'on recouvre avec une bande de diachylum, presque jusqu'à la pointe, est l'instrument le plus convenable en général; mais pour les cas où la tumeur est située très bas, ou dans lesquels la bouche ne s'ouvre que difficilement, un trocart à canule, comme celui dont s'est servi le D^r Fleming, en pareil cas, est préférable. Le seul conseil que j'aie à ajouter, pour la suite du traitement, c'est, pendant un jour ou deux, d'exercer de temps à autre avec le doigt une pression sur la tumeur; pour tenir la cavité de l'abcès complètement vide, attendu que sans cela le pus peut se collecter de nouveau, et donner naissance aux premiers symptômes.

Oreillons. — L'inflammation de la glande parotide, la *cynanche parotidea* des auteurs, appelée *oreillons* par le vulgaire, est une affection qui se voit chez les enfants et les jeunes gens, sur laquelle je n'ai à dire que quelques mots, et qui ne peut trouver de place plus convenable qu'ici, bien toutefois que, strictement parlant, ses affinités soient plutôt avec les exanthèmes, et avec la rougeole particulièrement. Elle attaque les jeunes sujets qui ont passé sept ans, bien plus souvent, et d'une manière bien plus intense, que ceux au-dessous de cet âge.

Bien que les oreillons se montrent quelquefois à l'état sporadique, ils existent bien plus souvent sous forme épidémique, et comme ils sont en même temps contagieux, il n'est pas rare de les voir attaquer tous les enfants d'une pension, ou d'une institution publique quelconque, où se trouvent réunis, en grand nombre, des jeunes gens de l'un ou l'autre sexe. La période d'incubation paraît varier beaucoup, elle serait de huit

à vingt jours comme limite extrême, et en moyenne de douze, se rapprochant ainsi beaucoup de la loi à laquelle est soumise la rougeole (1). La maladie a pour siège une, et quelquefois les deux parotides, ainsi que le tissu cellulaire voisin; mais, pour peu que la maladie soit un peu intense, le travail morbide s'étend aux glandes sous-maxillaires et aux glandes salivaires en général. Elle se montre habituellement avec les caractères d'une fièvre légère ou d'un rhume, suivie en vingt-quatre heures de raideur du cou, et de douleur aux environs de la mâchoire inférieure, dont tous les mouvements, soit pour parler, soit pour se mouvoir, s'accompagnent manifestement d'une douleur considérable. En même temps aussi, apparaît un gonflement vers l'angle de la mâchoire inférieure, quelquefois d'un côté seulement; dans d'autres cas, des deux côtés en même temps; et le volume de ce gonflement venant à augmenter rapidement, occasionne un grand changement dans les traits. Le gonflement est en général très tendu, mais la couleur de la peau n'a subi aucun changement, excepté dans quelques circonstances où le gonflement des glandes des deux côtés, comprimant fortement les veines, empêche le retour du sang des régions céphaliques, ce qui donne à la face les apparences de la congestion; si la tuméfaction est très considérable, la déglutition, pendant quelque temps, peut être assez pénible pour être presque impossible, et la respiration, qui n'a lieu que la bouche ouverte, détermine la sécheresse de la langue. Mais la sécrétion salivaire ne subit ni augmentation ni diminution. Si la maladie est très intense, l'enfant souffre beaucoup, est très fiévreux, et peut même délirer légèrement; mais quarante-huit heures après l'apparition du gonflement, elle a atteint son apogée, et la fièvre ainsi que la tuméfaction commencent à décroître. L'époque de la disparition complète du gonflement est très variable; il dure quelquefois de cinq à six jours, d'autres fois de dix à quinze; chez d'autres malades, les glandes d'un côté sont d'abord affectées, et quand l'attaque tombe, celles du côté opposé se prennent de la même façon, ce qui prolonge d'autant la durée de la maladie.

La production de la suppuration au voisinage de la glande est une terminaison rare, mais qui, je crois, se voit plus souvent chez les jeunes enfants que chez ceux qui approchent de la puberté. Au contraire, la métastase sur les glandes mammaires, le testicule, ou le cerveau, dont les différents auteurs ont rapporté des exemples, est d'autant plus rare que les enfants sont plus jeunes. La plus formidable de ces métastases, celle sur le cerveau, paraît être un fait qui se rencontre très rarement, et je n'en puis rien dire d'après mon expérience personnelle, non plus que du déplacement sur le testicule, ou sur le sein.

(1) Rilliet et Barthez, *op. cit.*, 2^e édit., vol. II, p. 613; et Wagner, *Jahrb. f. Kinderheilk.*, p. 335.

Le traitement de cette affection est en général fort simple, et réclame un choix judicieux de moyens de précaution plutôt qu'une intervention active. Quelques médicaments antiphlogistiques doux, des applications locales chaudes, sont tout ce qu'il faut, et la saignée locale n'est ni nécessaire ni utile. Le temps pendant lequel existe beaucoup de douleur et de difficulté de la déglutition est en général très court, si bien que, même dans les cas intenses, ce que nous aurons de plus sage à faire sera d'attendre la chute spontanée du gonflement.

S'il se produisait de la suppuration dans le tissu cellulaire qui entoure la glande, il faudrait substituer aux fomentations l'application d'un cataplasme chaud. Même lorsque le gonflement de la glande persiste après la chute du mouvement fébrile, comme il arrive quelquefois, le mieux qu'il y ait encore à faire est d'abandonner la maladie à elle-même, puisqu'il est certain que le gonflement finira par disparaître de lui-même.

Quant à la manière d'agir vis-à-vis des métastases de la maladie, je n'ai pas à faire d'autre observation, si ce n'est qu'avec l'affection cérébrale, quelle que soit sa nature, il n'est pas prudent de temporiser; tandis qu'un traitement doux et palliatif répondra à tout, lorsqu'il s'agira d'une affection du sein ou du testicule.

TRENTE-QUATRIÈME LEÇON

MALADIES DE L'ESTOMAC.

Le vomissement, souvent symptomatique de la maladie d'un autre organe, se produit quelquefois chez un jeune enfant auparavant bien portant, sans signes d'un malaise général. — Son traitement. — Est souvent l'un des nombreux symptômes de l'indigestion. — Dyspepsie infantile. — Quelquefois unie à une débilité générale de l'organisme. — D'autres fois dépend d'un désordre spécial de l'estomac. — Ses symptômes et son traitement.

RAMOLLISSEMENT DE L'ESTOMAC. — On le trouve à différents degrés après la mort. — Théories diverses quant à sa nature. — Sa grande fréquence dans l'enfance. — Explication de ce fait.

HÉMATÈME ET MÉLENA. — Très rare. — Dépend quelquefois d'une lésion produite pendant le travail. — La manière dont elle survient est difficile à expliquer. — Exemples. — Fausse hématémèse.

Les maladies auxquelles est exposé l'estomac pendant l'enfance ne sont ni nombreuses ni importantes, bien que ses fonctions soient plus ou moins troublées pendant le cours de la plupart des affections de l'enfance. Le vomissement est, il est vrai, plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte, et l'irritabilité plus grande de l'estomac persiste même après que les premiers mois de la vie se sont écoulés, et ne cesse pas même complètement pendant les premières années de l'enfance; d'où il arrive, comme nous l'avons vu, que le vomissement est quelquefois un des premiers signes des inflammations des poumons et de la plèvre, et qu'il annonce souvent l'apparition des fièvres éruptives, de même qu'il marque la première période des affections cérébrales.

Des causes plus particulièrement locales produisent le même résultat; le vomissement accompagne souvent la diarrhée infantile, et se joint aux signes de la maladie intestinale, surtout lorsque celle-ci est le résultat d'une alimentation impropre. Mais, outre ces cas, où le désordre